

Niveaux de contrôle de l'asthme

Au cours des 4 semaines précédentes, le patient a-t-il eu :		**Bien contrôlé**	**Partiellement contrôlé**	**Non contrôlé**
• Des symptômes diurnes > 2 fois/ semaine	Oui ☐ Non ☐	Aucune réponse «Oui»	1 à 2 réponses «Oui»	3 à 4 réponses «Oui»
• Au moins un réveil nocturne à cause de l'asthme	Oui ☐ Non ☐			
• Recours à son inhalateur de secours (B2CDA) > 2 fois/semaine	Oui ☐ Non ☐			
• Une limitation de ses activités	Oui ☐ Non ☐			

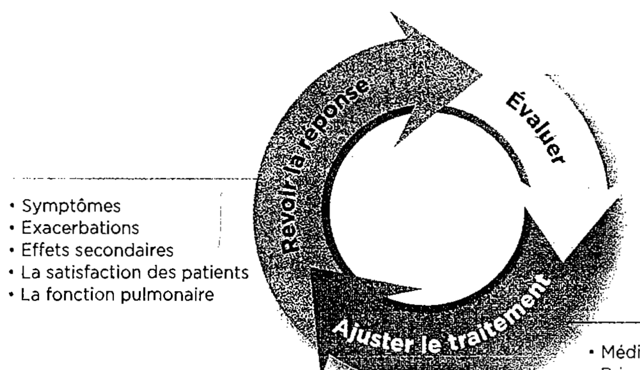


1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA) 2017, disponible sur: http://www.ginasthma.org
2. RCP Seretide Diskus. Version Mars 2015.
3- ACT, 2002, by QualityMetric Incorporated Asthma France/French. Contrai-Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Réservé aux patients asthmatiques de 12 ans et plus. Cité dans les recommandations du GINA 2014.



	Palier 1	**Palier 2**	**Palier 3**	**Palier 4**	**Palier 5**
Traitement de fond préférentiel		**Faible dose de CSI**	**Faible dose de CSI/B2LDA**	**Moyenne à forte dose de CSI/ B2LDA**	**Ajouter un traitement «Add-On». Ex: Tiotropium*†, Anti-IGE, Anti-IL5**
Autres alternatives thérapeutiques	Considérer faible dose de CSI	Anti-Leucotriène (LTRA) Faible dose de Théophilline*	Moyenne à forte dose de CSI Faible dose de CSI+LTRA (ou + Théophilline*)	Ajouter Tiotropium*† Forte dose de CSI+LTRA (ou + Théophilline*)	Ajouter faible dose de CSO
Médicaments de secours	Bronchodilatateur à courte durée d'action (B2CDA) à la demande		B2CDA à la demande ou faible dose CSI/Formoterol#		

CSI: corticostéroïdes inhalés; **LTRA:** antileucotriènes; **B2LDA:** Bronchodilatateur à longue durée d'action; **CSO:** corticostéroïdes oraux.



- Diagnostic
- Contrôle des symptômes et des facteurs de risques (y compris la fonction pulmonaire)
- Technique d'inhalation & observance
- La préférence du patient

- Symptômes
- Exacerbations
- Effets secondaires
- La satisfaction des patients
- La fonction pulmonaire

- Médicaments de l'asthme
- Prise en charge non pharmacologique
- Traiter les facteurs de risque

* Pas pour les enfants < 12 ans
† Tiotropium en mist inhaler peut être ajouté au traitement des patients avec historique d'exacerbations. Il n'est pas recommandé pour les enfants < 12 ans
Pour les patients qui sont sous Budesonide/Formoterol ou Beclometasone/Formoterol à faible dose en traitement de fond.



Test de Contrôle de l'Asthme ACT[3]

Ce test peut aider les personnes asthmatiques (à partir de 12 ans) à évaluer comment elles ont contrôlé leur asthme ces 4 dernières semaines. Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chaque question. Il y a CINQ questions en tout. Vous pouvez calculer votre score total pour le test sur le contrôle de l'asthme en additionnant les chiffres correspondant à chacune de vos réponses. N'oubliez pas de discuter les résultats avec votre médecin.

Étape 1: Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.



Chiffre

Q-1 : Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?

Tout le temps	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais	Chiffre
1	2	3	4	5	

Q-2 : Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'1 fois par jour	1 fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Chiffre
1	2	3	4	5	

Q-3 : Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de **l'asthme** (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	1 nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Chiffre
1	2	3	4	5	

Q-4 : Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple : Ventoline® ou Bricanyl® ou Aérol®) ?

3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Chiffre
1	2	3	4	5	

Q-5 : Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ?

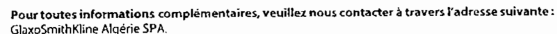
Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Chiffre
1	2	3	4	5	



Total

Étape 2 : Additionnez vos points pour obtenir votre score total.

Étape 3 : Si votre score est inférieur à 20, votre asthme n'est peut-être pas contrôlé.



Pour toutes informations complémentaires, veuillez nous contacter à travers l'adresse suivante :
GlaxoSmithKline Algérie SPA.
Adresse du Siège social: Zone Industrielle Est, Boudouaou, Boumerdes
Adresse du site administratif : Plateau des Annassers, Kouba, Alger, NSD, Kouba 16050, Algérie ou sur : Tel: +213 (0) 24 74 26 55 Fax . +213 (0) 24 74 26 28
Pour toute notification des effets indésirables, veuillez nous contacter par e-mail :
pharmacovigilance.dz@gsk.com | Par téléphone : +213 (0) 21 98 96 30 | Par Fax : +213 (0) 24 74 26 28
ou via www.health.gsk-dz.com en cliquant sur signaler un effet indésirable.

gsk

